

## ВПЛИВ АДАПТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ НА СУБ'ЄКТИВНЕ СПРИЙНЯТТЯ ЩАСТЯ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ

### THE INFLUENCE OF ADAPTIVE POTENTIAL ON THE SUBJECTIVE PERCEPTION OF HAPPINESS IN MENTAL DISORDERS

Метою даної роботи стало вивчення особистісного адаптаційного потенціалу у пацієнтів з різними варіантами психічних розладів (невротичні, органічні та депресивні розлади) та взаємозв'язку цього показника з суб'єктивним прийняттям щастя.

Результати аналізу рівня суб'єктивного сприйняття щастя обстежених осіб довели, що хворі на психічні розлади характеризуються більшою невдоволеністю рівнем власного життя і більш низьким рівнем відчуття щастя порівняно зі здоровими.

Відповідно до отриманих даних найменш задоволеними власним життям, а також такими, що мають найнижчий рівень щастя, є хворі на невротичні розлади, у яких показники семантичного диференціалу щастя мали найнижчі значення ( $0,90 \pm 0,39$ ). Це визначає їх як найменш щасливих.

Найвищим рівнем щастя серед людей, що мають різні форми психічних розладів, характеризувалися хворі на органічні розлади ( $1,22 \pm 0,46$ ), показники семантичного диференціалу щастя яких були максимально наближені до результатів здорових осіб. Рівень невдоволеності життям у осіб з депресивними розладами був вищим ( $1,57 \pm 0,39$ ), ніж у здорових (при  $p \leq 0,05$ ), що визначало їх як менш щасливих.

Проведений аналіз адаптаційного ресурсу особистості обстежених показав, що при психічних розладах спостерігалось зниження особистісного адаптаційного потенціалу. Це відображає редукцію здатності адекватно і продуктивно реагувати на комплекс несприятливих факторів при стресових навантаженнях та непропорційне використання функціональних резервів.

Результати кореляційного аналізу показали, що високий семантичний диференціал щастя пов'язаний функціональними зв'язками з нервово-психічною стійкістю, комунікативними здібностями та моральною нормативністю, особливо з емоційними та соціальними компонентами.

Отримані дані свідчать, що семантичний диференціал щастя у пацієнтів з психічними розладами зумовлений специфікою адаптаційних ресурсів особистості. Корекція визначених особистісних структур є одним з напрямів впливу на суб'єктивне сприйняття щастя у пацієнтів з психічними розладами.

**Ключові слова:** рівень суб'єктивного сприйняття щастя, психічні розлади, адаптацій-

ний потенціал, копінг-стратегії, кореляційний аналіз.

The aim of this work was to study the personality adaptive potential of patients with different variants of mental disorders (neurotic, organic and depressive disorders) and the relationship of this indicator with the subjective perception of happiness.

The results of the analysis of the level of subjective perception of happiness (LSPH) of the examined persons showed that patients with mental disorders (MD) were characterized by a greater dissatisfaction with their standard of living and a lower level of happiness as compared with healthy people.

According to the obtained data, patients with neurotic disorders, in which the indicators of the semantic differential of happiness had the lowest values ( $0.90 \pm 0.39$ ), were determined to be the least satisfied with their own lives and the ones with the lowest level of happiness, which defined them as the least happy.

The highest level of happiness among the forms of mental disorders was characterized by patients with organic disorders ( $1.22 \pm 0.46$ ), the indicators of the semantic differential of happiness which were as close as possible to the results of healthy individuals. The level of dissatisfaction with life in people with depressive disorders was higher ( $1.57 \pm 0.39$ ) than in healthy people, at  $p \leq 0.05$ , which defined them as less happy.

The analysis of the personality adaptive resource of the respondents showed that in mental disorders there was a decrease in a personality adaptive potential. This reflects the reduction of the ability to adequately and productively respond to a set of adverse factors under stress and disproportionately use functional reserves.

The results of correlation analysis showed that high semantic differential of happiness is associated by means of functional connections with neuropsychological stability, communication skills and moral norms, especially with emotional and social components.

The obtained data show that semantic differential of happiness in patients with mental disorders is due to the specific adaptive resources of the individual. Correction of determined personality structures is one of the ways to influence on the subjective perception of happiness in patients with mental disorders.

**Key words:** level of subjective perception of happiness, mental disorders, adaptive potential, coping strategies, correlation analysis.

УДК 159.942.5-003:616.89-052

DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.33.19>

**Марута О.С.**

к.психол.н.,

старший науковий співробітник відділу медичної психології

ДУ «Інститут неврології, психіатрії

та наркології Національної академії

медичних наук України»

**Вступ.** У сучасному розумінні соціальний стрес є результатом взаємодії людини з соціальним середовищем та іншими людьми. В умовах бурхливих соціальних, політичних, економічних, військових та екологічних трансформацій проблема соціального стресу набуває першорядної значущості, створюючи передумови формування психічних порушень [4, с. 24; 10, с. 80; 15, с. 118].

Людина зазнає стресового впливу внаслідок відсутності або недосконалості ресурсів подолання зовнішнього стимулу (чинника соціального стресу) або побоювань не впоратися з цим стимулом [2, с. 139; 14, с. 671].

Серед чинників соціального стресу в сучасних дослідженнях визначають збройні конфлікти, тероризм, зміни суспільних пріоритетів, відсутність соціальної захищеності,

безробіття, втрату роботи (професії) або фінансових ресурсів чи майна, корупцію та свавілля чиновників на всіх рівнях влади [2, с. 147; 4, с. 27; 13, с. 194].

Вплив перелічених чинників порушує психологічну гармонію, психологічне благополуччя людини, які і визначають категорію «щастя» [3, с. 43; 12, с. 249].

В умовах впливу соціального стресу особливого значення набуває психологічна адаптація індивіда, яка є інтегральною динамічною характеристикою особистості та відображає здатність особистості до перебудови і пристосування при взаємодії з факторами середовища [6, с. 79; 11, с. 77].

Адаптація визначається як процес взаємодії людини і навколишнього середовища, в результаті якої у людини виникають нові моделі і стратегії поведінки, адекватні змінам середовища [5, с. 69; 17, с. 37].

Оптимальним варіантом адаптації є здатність людини пристосовуватися до різних вимог середовища без відчуття втрати внутрішньої гармонії психологічного благополуччя та рівня щастя. Особливої актуальності ця проблема набуває у пацієнтів з різними варіантами психічних розладів, в яких адаптація є одним з ключових механізмів, що зумовлює їх стан та суб'єктивне сприйняття щастя [9, с. 81; 12, с. 255; 16, с. 153].

Але проблема особистісного адаптаційного потенціалу у пацієнтів з різними варіантами психічних розладів та його взаємозв'язку з суб'єктивним сприйняттям щастя лишається до теперішнього часу не вивченою вченими.

**Мета дослідження.** Метою даної роботи стало вивчення особистісного адаптаційного потенціалу у пацієнтів з різними варіантами психічних розладів та взаємозв'язку цього показника з суб'єктивним сприйняттям щастя.

**Матеріали і методи дослідження.** Комплекс методів дослідження, який був використаний для реалізації поставленої мети, включав багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ), семантичний диференціал щастя (СДЩ) та статистичні методи обробки отриманих даних.

Для реалізації мети дослідження ми розробили методику «Семантичний диференціал щастя» (СДЩ) (О.С. Марута, 2019). Психосемантичний підхід і близький до нього напрямок – клініко-семантичний аналіз, що поєднує клінічний і лінгвістичний підходи, застосовуються при дослідженні смислової сфери особистості як в нормі, так і при патології, в тому числі і для глибокого аналізу якісних змін в афективній, когнітивній та мотиваційній сферах, а також при пограничних, афективних і психотичних розладах [7, с. 29].

Методика «Семантичний диференціал щастя» містить 42 уніполярні шкали, які утво-

рюють 6 факторів. У кожній шкалі представлені категорії, які є компонентами, що відносяться до поняття щастя, які випробувані пропонується оцінити за десятибальною шкалою. Поділки шкали фіксують різні ступені даної якості об'єкта. Опитувальник складається з двох бланків. У першому виявляється потреба в кожному з компонентів, а у другому виявляється ступінь їх наявності в даний момент життя (потреба (СДЩп) і наявність (СДЩн)). Оцінка респондентами значення поняття за шкалами СДЩ дозволяє сформулювати семантичний простір суб'єктивного сприйняття щастя і побудувати карту їх взаємного розташування.

Унімодальні шкали формують 6 факторів суб'єктивного сприйняття щастя, а саме: емоційний (ЕМ), соціальний (СЦ), матеріальний (МТ), фізичний (ФЗ), динамічний (ДН) і екзистенційний (ЕК).

На першому етапі підраховуються бали за кожним з компонентів окремо на кожному бланку (СДЩп і СДЩн) відповідно до їх полярної оцінки. Далі обчислюється середня оцінка фактора шляхом складання її складових з подальшим поділом на 7. При цьому підсумковий показник  $\Sigma$  СДЩ є сумою середніх оцінок 6 факторів. Фінальним етапом є розрахунок  $\Delta$  СДЩ, який відображає різницю результату СДЩп і СДЩн.  $\Delta$  СДЩ є основним критерієм рівня щастя, тому що незалежно від абсолютного значення  $\Sigma$  СДЩ цей показник відображає ступінь задоволеності життям. Обчислення показника  $\Delta$  за кожною шкалою дозволяє визначити можливі причини зниження рівня суб'єктивного сприйняття щастя, а його високі значення вказують на актуально значущі сфери життя, які декомпенсовані в даний життєвий період.

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (А.Г. Маклаков та С.В. Чермянін, 1993) призначений для вивчення адаптивних можливостей індивіда на основі оцінки деяких психофізіологічних та соціально-психологічних характеристик, що відбивають інтегральні особливості психічного та соціального розвитку [8, с. 578].

Опитувальник складається зі 165 питань і має 4 структурних рівні. Це дозволяє отримати інформацію різного обсягу і характеру.

Шкали 1-го рівня є самостійними та відповідають базовим шкалам стандартного багатопробного дослідження особистості (СБДО), дозволяють отримати типологічні характеристики особистості, визначити акцентуації характеру.

Шкали 2-го рівня відповідають шкалам опитувальника «Деадаптаційні порушення» (ДАП), призначеного для виявлення деадаптаційних порушень переважно астеничних та психотичних реакцій та станів.

Шкали 3-го рівня – це поведінкове регулювання (ПР), комунікативний потенціал (КП) та моральна нормативність (МН).

Шкала 4-го рівня – це особистісний адаптаційний потенціал (ОАП).

Процес адаптації є надзвичайно динамічним. Його успіх багато в чому залежить від низки об'єктивних і суб'єктивних умов, функціонального стану, соціального досвіду, життєвої установки та ін. Характеристику особистісного потенціалу адаптації можна отримати, оцінивши поведінкове регулювання, комунікативні здібності та рівень моральної нормативності.

Поведінкове регулювання характеризує здатність людини регулювати свою взаємодію з середовищем діяльності. Основними елементами поведінкового регулювання є такі: самооцінка, рівень нервово-психічної стійкості, а також наявність соціального схвалення (соціальної підтримки) з боку оточуючих людей.

КП є наступною складовою частиною особистісного адаптаційного потенціалу (ОАП). Оскільки людина майже завжди перебуває у соціальному оточенні, її діяльність пов'язана з умінням побудувати відносини з іншими. Комунікативні можливості (вміння досягти контакту та взаєморозуміння з оточуючими) визначаються наявністю досвіду та потреби у спілкуванні, а також рівнем конфліктності.

МН забезпечує здатність адекватно приймати певну соціальну роль та включає два основних компоненти процесу соціалізації – сприйняття моральних норм та ставлення до вимог безпосереднього соціального оточення.

Для статистичної обробки даних застосовувались методи описової статистики (відсотки

(%), середнє арифметичне (М), стандартна похибка середнього арифметичного" (m)), методи встановлення достовірності відмінностей вибірок (t-критерій Ст'юдента, φ-Фішера), метод послідовного статистичного аналізу та метод кореляційного аналізу [1, с. 173].

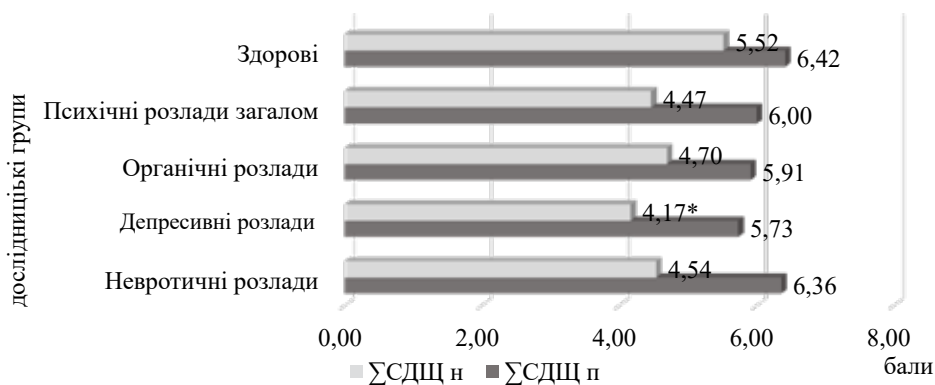
Статистична обробка даних проводилась з використанням пакета комп'ютерних програм Excel и STATISTICA Application, Version 10.0.1011.0, Statsoft Inc., 2017.

У дослідженні взяло участь 210 пацієнтів з психічними розладами (ПР) (70 людей з органічними розладами, 70 – з депресивними розладами та 70 – з невротичними розладами). Контрольну групу склали 50 осіб без психічних розладів.

Вік пацієнтів коливався в межах 29–57 років (середній вік 46,3 роки). Серед обстежених переважали жінки (66,2%), особи з вищою освітою (57,1%) та безробітні особи (55,2 %): 30,9% осіб не працюють, 17,6% – тимчасово не працюють; 6,6% – на пенсії). Контрольна група за віком, освітою, соціальним статусом та гендерними особливостями не відрізнялась.

**Результати.** Результати проведених досліджень показали, що респонденти всіх дослідницьких груп виявляли значно вищі показники рівня потреб щодо різних компонентів щастя порівняно із рівнем їх наявності в реальному житті (рис. 1). При цьому у хворих на ПР рівень реалізації компонентів щастя виявлявся нижчим, ніж у здорових, особливо низьким та достовірно нижчим, ніж у здорових. Рівень представленості та реалізованості компонентів щастя в реальному житті був у хворих на депресивні розлади  $4,17 \pm 0,67$  при  $p \leq 0,05$ .

Різниця між рівнем потреб в компонентах щастя (СДЩп) та рівнем їх наявності (СДЩн)



Умовні позначення:

СДЩп – рівень потреби в компонентах щастя

СДЩн – рівень наявності/реалізованості в реальному житті компонентів щастя

\* - відмінності від групи здорових на рівні  $p \leq 0,05$ .

**Рис. 1. Рівень потреб та реалізованості компонентів щастя у хворих на ПР різного походження та здорових осіб**

відображає ступінь задоволеності життям ( $\Delta$ СДЩ). Чим меншою є отримана різниця, тим більшою є задоволеність і вищим є рівень щастя. У разі підвищення показників  $\Delta$  визначається зниження рівня задоволеності та більш низький рівень суб'єктивного сприйняття щастя. Тобто відповідно до даної методики показник  $\Delta$  має інверсний характер відносно рівня щастя: чим меншим виявляється  $\Delta$ , тим вищим є рівень щастя. Отримані за цим показником дані графічно представлено на рисунку 2.

Відповідно до отриманих даних найменш задоволеними власним життям, а також такими, що мають найнижчий рівень щастя, є хворі на невротичні розлади, у яких показники СДЩ мали найнижчі значення ( $0,90 \pm 0,39$ ). Це визначає їх як найменш щасливих.

Найвищим рівнем щастя серед форм ПР характеризувалися хворі на органічні розлади ( $1,22 \pm 0,46$ ), показники СДЩ яких були максимально наближені до результатів здорових осіб. Рівень невдоволеності життям у осіб з депресивними розладами був вищим ( $1,57 \pm 0,39$ ), ніж у здорових, при  $p \leq 0,05$ , що визначало їх як менш щасливих.

При вивченні ОАП було виявлено, що при ПР визначається зниження цього показника ( $4,89 \pm 0,14$  стенів), що відображає редукцію здатності адекватно і продуктивно реагувати на комплекс несприятливих факторів при стресових навантаженнях та непропорційно використовувати функціональні резерви. Вивчення структури адаптаційних можливостей хворих з ПР свідчить про переважання у них нерво-психологічної стійкості як провідного адап-

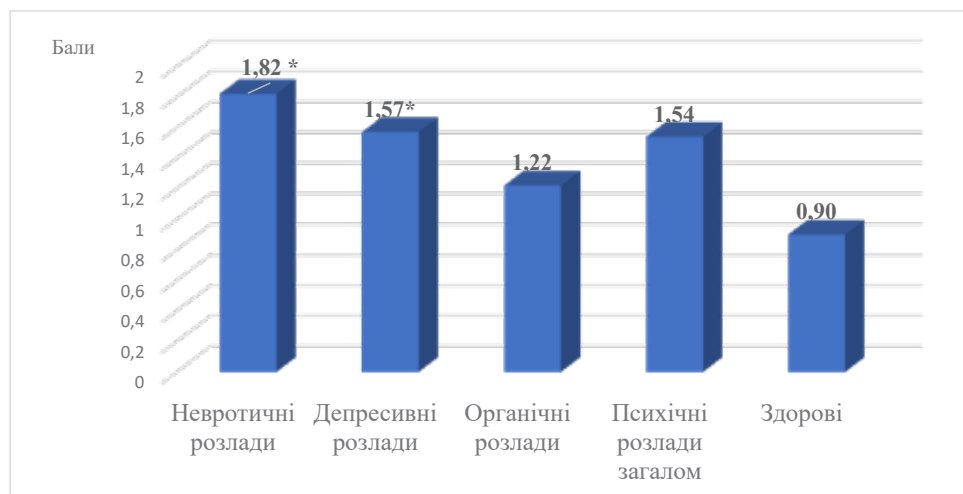
таційного механізму ( $5,35 \pm 0,26$  стенів) поряд зі значно менш вираженими комунікативними здібностями ( $4,79 \pm 0,09$  стенів) та моральними нормативами ( $4,89 \pm 0,14$  стенів,  $p \leq 0,05$ ). Означене відображає відносну продуктивність мотиваційно-потребової сфери, що зумовлює вектор і напруженість активності особистості, механізми, за допомогою яких відбуваються процеси цілепокладання і вибору засобів для досягнення поставлених цілей.

У хворих на невротичні розлади відзначався задовільний рівень адаптації ( $4,97 \pm 0,04$  стенів), в структурі якої переважали комунікативні засоби подолання ( $6,71 \pm 0,16$  стенів). Так, високий і середній рівень комунікативних здібностей (КЗ) був відзначений у 45,71% і 40% хворих, а найнижчий – у 14,29% (рис. 3).

Показники нерво-психологічної стійкості (НПС) у пацієнтів з невротичними розладами були задовільними ( $5,11 \pm 0,29$  стенів). При цьому більшість випробовуваних мала середній рівень показників (54,28%), а високі показники визначались у 34,29%, низькі – у 11,43%.

При невротичних розладах спостерігалось достовірне зниження моральної нормативності (МН) в якості адаптаційних ресурсів особистості ( $4,97 \pm 0,04$  стенів,  $p \leq 0,05$ ). Серед хворих цієї групи лише 8,57% випробовуваних мали високий рівень дотримання загальноприйнятих норм і правил поведінки, 60% дотримувалися правил нерегулярно залежно від зовнішніх умов середовища, а 31,43% хворих володіли низьким рівнем МН.

У хворих з депресивними розладами рівень особистісного адаптивного потенціалу був доволі низьким ( $3,88 \pm 0,08$  стенів). Найбільш

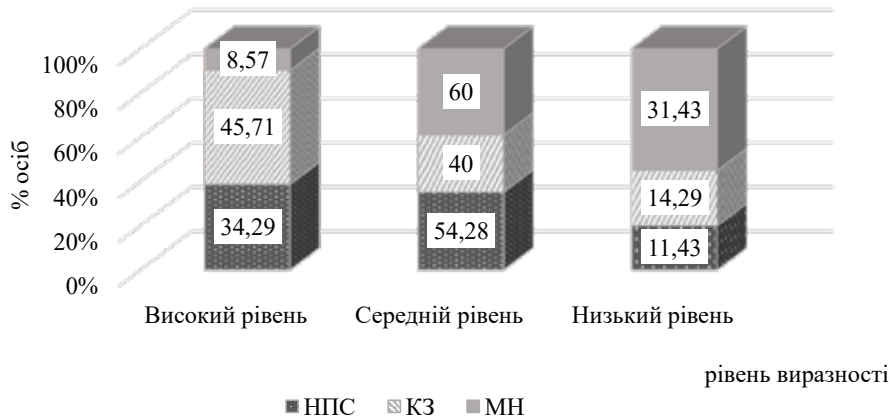


Умовні позначення:

\* - відмінності з групою здорових на рівні  $p \leq 0,05$ .

**Рис. 2. Показники різниці рівня потреб та реалізованості компонентів щастя у хворих на ПР різного походження та здорових осіб (або рівень щастя в інверсному варіанті)**





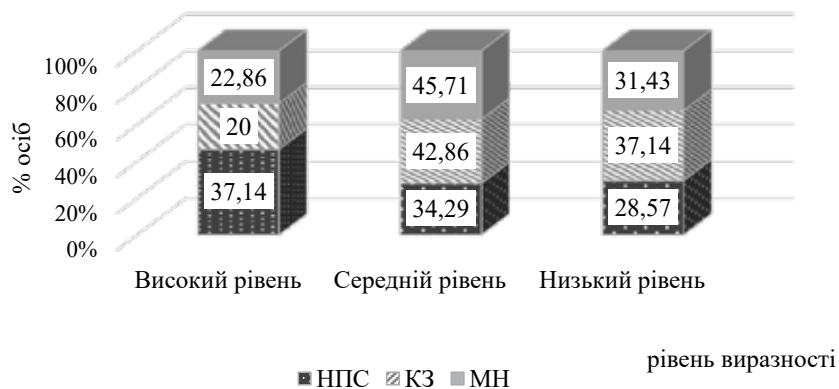
Умовні позначення:

НПС (ПР) – нервово-психічна стійкість (або поведінкова регуляція);

КЗ – комунікативні здібності;

МН – моральна нормативність.

**Рис. 3. Рівень адаптаційних характеристик хворих на невротичні розлади**



Умовні позначення:

НПС (ПР) – нервово-психічна стійкість (або поведінкова регуляція);

КЗ – комунікативні здібності;

МН – моральна нормативність.

**Рис. 4. Рівень адаптаційних характеристик хворих на депресивні розлади**

значущою в структурі адаптаційного ресурсу була поведінкова регуляція ( $4,6 \pm 0,17$  стенив,  $p \leq 0,05$ ), високий і середній рівень якої був виявлений у 37,4% і 34,29% випробовуваних (рис. 4). Низький рівень НПС і відсутність адекватної самооцінки демонстрували 28,57% хворих.

При депресіях КЗ відзначалися на низькому рівні ( $3,31 \pm 0,03$  стенив). Пацієнти цієї групи мали труднощі в побудові продуктивних комунікацій, взаємодії з оточенням, були схильні

до використання негнучкої системи міжособистісних відносин. Середні і низькі показники КЗ фіксувались у 42,86% і 37,14% випробовуваних, в той час як легкість встановлення контакту і неконфліктність виявлялися лише в 20% випадків.

Також у хворих з депресіями в структурі адаптаційних можливостей спостерігалось зниження МН ( $3,74 \pm 0,05$  стенив). Поведінкових норм і регулярної оцінки морально-етичних принципів дотримувалися лише 22,86% випро-

бовуваних, а середній і низький рівні МН демонстрували 45,71% і 31,43% пацієнтів.

При органічних ПР були зафіксовані відносно високі показники ОАП ( $5,83 \pm 0,17$  стенив). У структурі адаптаційних можливостей хворих на органічні розлади достовірно переважала МН ( $6,8 \pm 0,12$  стенив), високий і середній рівень прихильності до морально-соціальних норм демонстрували 54,29% і 37,14% випробовуваних, тоді як нетолерантність до аспектів моралі відзначалась лише у 8,57% хворих з даною патологією (рис. 5).

У хворих з розладами органічного генезу також був виражений адаптивний компонент НПС ( $6,34 \pm 0,32$  стенив,  $p \leq 0,05$ ). Високий і середній рівні стійкості до стресових навантажень були відзначені у 42,86% і 40% респондентів. Низький рівень поведінкової регуляції був зафіксований у 17,14% випробовуваних.

Найнижчі показники у хворих з органічною патологією спостерігалися за фактором КЗ ( $4,37 \pm 0,08$  стенив,  $p \leq 0,05$ ). Було показано, що 45,72% хворих мали труднощі в здійсненні комунікації, налагодженні контактів з оточуючими і глибоких емоційних зв'язків. У даній групі хворих адаптивні комунікативні навички були зафіксовані лише у 25,71% опитаних, а 28,57% мали середній показник КЗ.

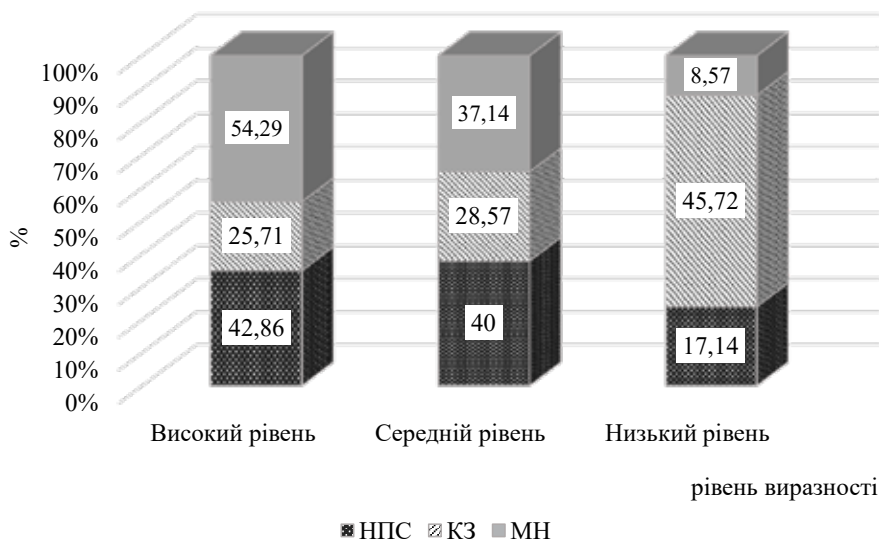
Порівняльний аналіз даних дослідження хворих з різними за походженням ПР показав, що достовірно вищий адаптаційний

потенціал відзначався в групі хворих з органічними розладами, що відображає їх здатність до адекватної регуляції функціонального стану організму в різноманітних умовах життя і діяльності (рис. 6). Саме хворі на органічні розлади мали найвищі показники нервово-психічної стійкості.

Хворі на невротичні розлади як провідний спосіб адаптації найчастіше використовували комунікативні навички, які у них переважали. Це свідчить про схильність даної категорії хворих до використання міжособистісної взаємодії як способу уникнення складних життєвих обставин, небажання прийняття відповідальності шляхом перенесення негативних емоцій на зовнішні об'єкти і прагнення до заміщення процесу переробки когнітивного досвіду.

У хворих на депресивні розлади виявилось достовірно зниження як величини загального показника ОАП, так і його компонентів (нервово-психічної стійкості, комунікативних здібностей, моральної нормативності), що відображає обмеження адаптаційного потенціалу у пацієнтів цієї групи.

Дослідження структури адаптаційних можливостей у пацієнтів з ПР показало, що рівень їх ОАП був значно нижчим ( $4,89 \pm 0,25$  стенив), ніж у здорових ( $7,36 \pm 0,25$  стенив,  $p < 0,005$ ). Найнижчі показники за всіма компонентами ресурсів долаючої поведінки спостерігались у хворих на депресивні розлади. Відмінності з групою здорових за всіма шкалами опиту-



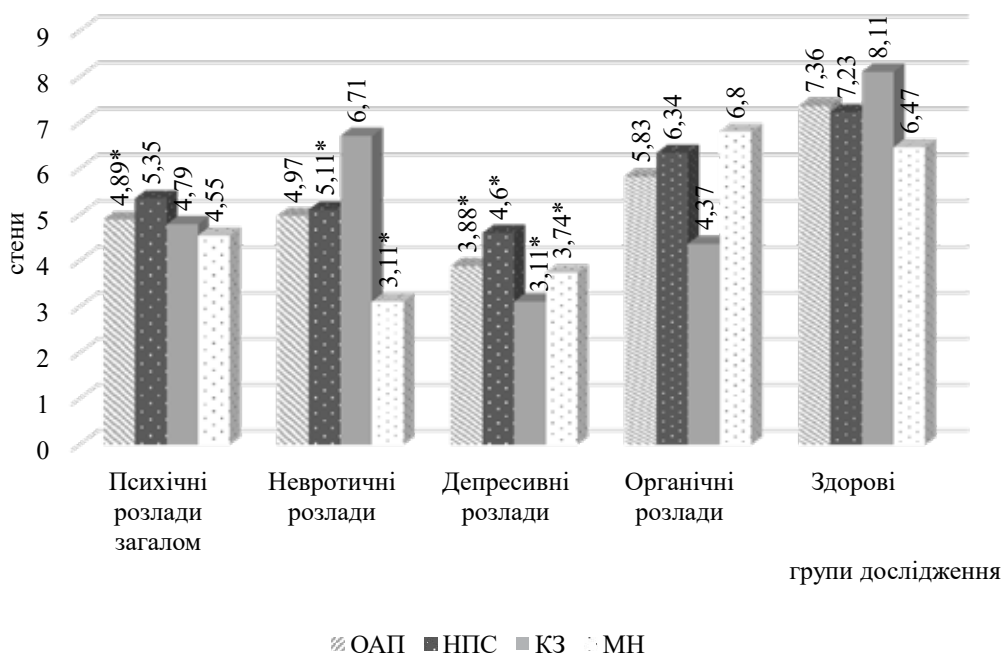
Умовні позначення:

НПС (ПР) – нервово-психічна стійкість (поведінкова регуляція);

КЗ – комунікативні здібності;

МН – моральна нормативність.

**Рис. 5. Рівень адаптаційних характеристик хворих на органічні розлади**



Умовні позначення:

ОАП – особистісний адаптаційний потенціал;

НПС (ПР) – нервово-психічна стійкість (поведінкова регуляція);

КЗ – комунікативні здібності;

МН – моральна нормативність;

\* - достовірні відмінності з групою здорових.

**Рис. 6. Структурні особливості адаптаційного потенціалу хворих на психічні розлади різного походження та здорових осіб**

вальника виявились достовірно значущими. Такий розподіл характеризується низьким рівнем поведінкової регуляції хворих на депресивні розлади, їх схильністю до нервово-психічних зривів, відсутністю адекватної самооцінки і реального сприйняття дійсності, низьким рівнем розвитку комунікативних здібностей, складнощами в побудові контактів з оточуючими, проявами агресивності, підвищеною конфліктністю, неможливістю адекватно оцінити своє місце і роль в колективі, відсутністю прагнення дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки.

Встановлено, що хворі з ПР відрізнялись від групи здорових за показниками ОАП ( $p \leq 0,001$ ), НПС ( $p \leq 0,001$ ) та КЗ ( $p \leq 0,001$ ).

У здорових осіб адаптаційні ресурси були більш вираженими за всіма шкалами опитувальника та відповідали градаціям високих нормативних показників. Провідним механізмом у структурі адаптації здорових осіб були комунікативні здібності ( $8,11 \pm 0,29$  стенов). Тобто група здорових осіб характеризувалась високим рівнем нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції, високою адек-

ватною самооцінкою і реальним сприйняттям дійсності, розвиненими комунікативними здібностями, легкістю встановлення контактів з оточуючими, зниженою конфліктністю, реальною оцінкою своєї ролі в колективі, орієнтуванням на дотримання загальноприйнятих норм поведінки.

Для вивчення особливостей функціонального взаємозв'язку між адаптаційними можливостями та рівнем суб'єктивного сприйняття щастя у пацієнтів з психічними розладами використовувалась процедура кореляційного аналізу, в ході якого були зіставлені показники шкали «Адаптивність» та показник суб'єктивного рівня щастя (за результатами методики СДЩ) (табл. 1).

Згідно з результатами методики СДЩ показники  $\Delta$  відображають рівень незадоволення власним життям за певними сферами, тому вони позначають рівень щастя зворотно, тобто високі показники свідчать про низький рівень щастя, низькі – про відчуття щастя. У зв'язку з цим показники в таблиці 1 зі знаком «-» трактуються як позитивні, в той час як показники зі знаком «+» – навпаки.

**Результати кореляційного аналізу показників адаптації з показниками суб'єктивного рівня щастя у хворих на ПР**

Шкали		Суб'єктивний рівень щастя						
		ΔСДЩ	ΔЕМ емоційний	ΔСЦ соціальний	ΔМТ мате- ріальний	ΔФЗ фізичний	ΔДН дина- мічний	ΔЕК екзистен- ційний
МЛО-АМ	особистісний адаптаційний потенціал (ОАП)	-0,24	-0,13	0,15	-0,15	-0,18	0,02	0,05
	нервово-психічна стійкість (НПС)	-0,03	-0,03	-0,46	-0,11	0,13	-0,21	-0,20
	комунікативні здібності (КС)	-0,22	-0,45	-0,05	-0,10	0,15	-0,20	-0,13
	моральна нормативність	0,18	0,23	-0,37	-0,02	-0,11	-0,18	-0,26

Примітки:

- значення подано у форматі " r – коефіцієнт кореляції";
- рівень достовірності взаємозв'язків  $p < 0,05$  виділено заливкою сірого кольору;
- показники кореляції мають зворотні значення, тобто трактуються зі зворотним знаком.

Як свідчать наведені дані, достовірні зворотні кореляції були отримані між комунікативними здібностями та емоційною компонентною ΔСДЩ ( $r = -0,45$ ), між соціальною складовою ΔСДЩ та нервово-психічною стійкістю ( $r = -0,46$ ), а також між моральною нормативністю та соціальною складовою ΔСДЩ ( $r = -0,37$ ).

Тобто високий рівень суб'єктивного сприйняття щастя пов'язаний функціональними зв'язками з нервово-психічною стійкістю, комунікативними здібностями та моральною нормативністю.

**Обговорення.** Загалом результати аналізу рівня суб'єктивного сприйняття щастя (РССЩ) обстежених осіб довели, що хворі на ПР характеризувались більшою невдоволеністю рівнем власного життя і більш низьким рівнем відчуття щастя порівняно зі здоровими.

Найменш задоволеними власним життям, а також такими, що мають найнижчий рівень щастя, є хворі на невротичні розлади. Найвищим РССЩ порівняно з іншими формами ПР відзначались хворі на органічну патологію.

Рівень реалізації компонентів щастя у хворих на ПР був нижчим, ніж у здорових. Особливо низьким рівень наявності різних компонентів щастя в реальному житті був у хворих на депресивні розлади.

У хворих на ПР найбільш значущими для суб'єктивного відчуття щастя були емоційний та фізичний компоненти (для всіх форм ПР), а також соціальний (для невротичних та органічних) та матеріальний (для депресивних розладів) компоненти. При цьому рівні екзистенційного компоненту щастя (при всіх формах ПР) та динамічного, особливо при депресивних станах, виявлялись значно нижчими.

Проведений аналіз адаптаційного ресурсу особистості обстежених показав, що при ПР спостерігалось зниження особистісного адап-

таційного потенціалу. Це відображає редукцію здатності адекватно і продуктивно реагувати на комплекс несприятливих факторів при стресових навантаженнях та непропорційно використовувати функціональні резерви.

Структура адаптаційних можливостей хворих на ПР свідчить про переважання у даній категорії випробовуваних нервово-психологічної стійкості (поведінкової регуляції) як провідного адаптаційного механізму при значно менш виражених комунікативних здібностях і моральних нормативах.

Серед хворих на ПР різного походження найвищий адаптаційний потенціал визначався в групі хворих з органічними розладами, що відображає їх здатність до адекватної регуляції функціонального стану організму в різноманітних умовах життя і діяльності. Також дана категорія пацієнтів мала найвищі показники нервово-психічної стійкості. Найнижчі показники за всіма компонентами ресурсів долаючої поведінки були у хворих на депресивні розлади. Пацієнти з невротичними розладами відрізнялись тим, що в якості провідного способу адаптації найчастіше вони використовували комунікативні здібності, які у них переважали.

Результати кореляційного аналізу показали, що високий рівень суб'єктивного сприйняття щастя пов'язаний функціональними зв'язками з нервово-психічною стійкістю, комунікативними здібностями та моральною нормативністю, особливо з емоційними та соціальними компонентами.

**Висновки.** Отримані дані свідчать, що рівень суб'єктивного сприйняття щастя у пацієнтів з ПР зумовлений специфікою адаптаційних ресурсів особистості. Корекція визначених особистісних структур є одним з напрямів впливу на суб'єктивне сприйняття щастя у пацієнтів з ПР.



**ЛІТЕРАТУРА:**

1. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. Киев, 2006. 556 с.
2. Бурлака О.В., Золотаорьова О.А., Стебнюк В.В. Професійно-соціальний стрес та стрес-індуковані розлади. Одеса : ТС «Сталкер», 2010. 174 с.
3. Джидарьян И.А. Счастье в представлениях обыденного сознания. *Психологический журнал*. 2000. Т. 21. № 2. С. 40–48.
4. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі : методичні рекомендації / О.С. Мусій, І.Я. Пінчук, О.О. Хаустова та ін. Київ, 2014. 32 с.
5. Леонтьева З. Розрахунок адаптаційного потенціалу, оцінка адаптаційних можливостей організму і рівнів здоров'я студентів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. *Медичні науки*. 2017. Т. XLVII. С. 64–70.
6. Литвиненко О.Д. Адаптаційний потенціал як система адаптивностей особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2018. Вип. 2. Т. 1. С. 74–81.
7. Марута О.С. Семантический дифференциал счастья (клинико-психологические аспекты). *Медична психологія*. 2019. Т. 14. № 2. С. 27–31.
8. Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты* : учебное пособие / ред. и сост. Райгородский Д.Я. Самара : Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2006. С. 549–672.
9. Петров В.Г., Злыгостева К.В. Счастье и психологическое благополучие в структуре ресурсной модели психологического здоровья. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2015. № 4 (104). С. 79–83.
10. Сороко С. Индивидуальные стратегии адаптации человека в экстремальных условиях. *Физиология человека*. 2012. Т. 38. № 6. С. 78–86.
11. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах : методичний посібник / за ред. І.Я. Пінчук, К.Д. Бабова, А.І. Гоженка. Київ : Видавничий дім «Калита», 2014. 92 с.
12. Чайка Г.В. Сучасні дослідження психологічного благополуччя (за матеріалами зарубіжних авторів). *Актуальні проблеми психології. Серія «Психологія особистості. Психологічна допомога особистості»*. 2018. Вип. 17 (11). С. 244–262.
13. Штемберг А.С. Социальный стресс и психологическое состояние населения России. Ч. 1. Общественно-политические процессы, формирующие социальный стресс. *Пространство и время*. 2014. № 1 (15). С. 187–195.
14. Kreiger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*. 2001. Vol. 30 (4). P. 668–677.
15. Lambert D'raven L., Moliver N., Thompson D. Happiness intervention decreases pain and depression, boosts happiness among primary care patients. *Prim Health Care Res Dev*. 2015. 16 (2). P. 114–126.
16. Palmer B.W., Martin A.S. Wellness within illness: Happiness in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2014. № 159 (1). P. 151–156.
17. Schiffrin, H., Nelson S. Stressed and happy? Investigating the relationship between happiness and perceived stress. *Journal Happiness Study*. 2010. № 11 (1). P. 33–39.